Aus der chirurgischen Abteilung des zahnärztlichen Instituts der Universität zu Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. Partsch.)

Über Speichelfisteln.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Oswald Wichura,
Zahnarzt.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Partsch.

Während äußere Speichelfisteln der Glandula sublingualis noch nicht beobachtet worden sind, da die Lage der Drüse dicht unter der Mundschleimhaut dies so ziemlich ausschließt, sind äußere Speichelfisteln der Glandula submaxillaris, wenn auch selten, zur Beobachtung gekommen. Die Fisteln liegen dann in der seitigen Halsgegend und bei kongenitalen Fisteln dieser Drüse eventuell zwischen den inneren Ansätzen der Mm. Sternokleidomastoidei am Sternum. Ihre Behandlungsweise besteht im Auskratzen des Fistelkanals oder Kauterisation; in hartnäckigen Fällen wird die Exstirpation der ganzen Drüse vorgenommen.

Bei der ungeschützten Lage eines Teiles der Parotis und des Ductus Stenonianus sind Speichelfisteln dieser Drüse und ihres Ausführungsganges eine ziemlich häufige Erscheinung. Man unterscheidet innere und äußere Speichelfisteln, je nachdem sie nach dem Munde oder nach außen münden. Nur letztere haben klinische Bedeutung. Sie werden eingeteilt in Drüsen- und in Gangfisteln, diese wieder in vollständige und unvollständige. Permanente Speichelfisteln sind solche, die sich zu einer Lippenfistel umgewandelt haben, wobei das Epithel in den Fistelkanal hineingewachsen ist und ihn vollständig auskleidet, eine spontane Heilung also nicht mehr zu erwarten ist. Schon aus der Lage der Speichelfisteln kann man Schlüsse auf ihre Art ziehen. Drüsenfisteln der Parotis liegen meist am Kieferwinkel oder auf dem aufsteigenden Aste, Gangfisteln vor dem Masseter oder auf ihm in der Nähe des Ductus Stenonianus. Auch die Menge des ausfließenden Speichels gibt ein wertvolles diagnostisches Merkmal. Gangfisteln werden in der Regel stärker sezernieren als Drüsenfisteln, vollständige Gangfisteln stärker als unvollständige. Die Heilungstendenz der Drüsenfisteln ist gut. Meist

kommen sie von selbst zum Verschluß oder reagieren auf einfache Mittel wie Ätzung, Kauterisation usw. Gelingt es nicht, sie hierdurch zur Heilung zu bringen, so kommt die Injektion von einigen Tropfen Jod in die der Fistel benachbarten Drüsenteile in Betracht, oder in hartnäckigen Fällen das Herausdrehen des N. auriculo temporalis oder die teilweise Exstirpation der Drüse. Die Totalexstirpation der Parotis ist wegen der Gefährdung des Facialis nicht angezeigt. Bei unvollständigen Gangfisteln ist die spontane Heilung schon viel seltener und bei vollständigen ganz ausgeschlossen. Hier müssen besondere Operationsverfahren angewendet werden. Bei buccalen Fisteln, besonders bei frischen Verletzungen, wird es am einfachsten sein, eine innere Fistel zu schaffen. Hierzu wird die Wunde perforierend gestaltet, die Hautwunde vernäht und die Schleimhautwunde eventuell künstlich offen gehalten. Sonst kann auch nach dem Prinzip der doppelten Durchbohrung die Wange vom Fistelgrunde aus durchstoßen werden. Sobald der Weg nach dem Munde zu frei ist, wird die Hautwunde geschlossen und auch hier eventuell ein Kautschukröhrchen eingelegt, um die Vernarbung dieses Kanals zu verhindern. Auch das Einpflanzen des zentralen Gangendes in die Schleimhaut ist mit Erfolg verwendet worden, eventuell bei kurzem Gangende mit Einkerbung des vorderen Masseterrandes. Bei Fisteln im masseteren Teile des Ganges kommt in Betracht die Gangnaht nach Nikoladoni und, ist ein Defekt des Ganges vorhanden, gleichfalls dieses Verfahren in Verbindung mit Verlagerung des vorderen Gangendes, nach hinten. Voraussetzung hierzu ist, daß der vordere Gangteil gut durchgängig ist, was meist nur in frischen Fällen der Fall sein wird. Sonst werden hier die plastischen Verfahren angewendet werden. Die Lappenbildung der Schleimhaut nach Braun besteht darin, daß diese gut frei präpariert in Richtung des Hautschnittes scharf durchtrennt und durch Fäden bis an das zentrale Ductusende herangezogen wird, welches in die Schleimhautlappen verlagert wird. Soll ein Schleimhautröhrchen gebildet werden, so wird die Schleimhaut zungenförmig ausgeschnitten, wobei die Basis des Lappens am vorderen Masseterrande liegt. Aus

diesem Lappen wird nun durch feine Katgutfäden ein Röhrchen geformt, in das das zentrale Gangende eingeführt und befestigt wird. Perthes verwendete zum Überbrücken von Defekten des Ganges Epidermisröhrchen und hatte damit guten Erfolg. Bei umfangreichen Vernarbungen sowie für sehr weit zurückliegende permanente Fisteln, besonders für solche des interglandulären Gangabschnittes ist das Einpflanzen des Fistelkanals in die Schleimhaut das geeignetste Verfahren. Von Vorteil dürfte es hierbei sein, die äußere Fistelöffnung nicht auszuschneiden, sondern zu erhalten und mit der Schleimhaut zu vereinigen, da so am besten ihrer Schrumpfung vorgebeugt werden kann. Den Masseter zu durchbohren und durch ihn den Gang nach dem Mund zu leiten, ist nach Möglichkeit zu vermeiden. Das gleiche gilt für die Unterbindung des Ausführungsganges nach Brahmann, da besonders hier durch Sekretstauung heftige Schmerzen auftreten, und der Erfolg ziemlich ungewiß ist. Ferrarinis Methode, die interglanduläre Anastomose zwischen Parotis und Submaxillaris herzustellen, scheint am Menschen noch nicht erprobt zu sein, so daß sich ein Urteil darüber nicht bilden läßt, doch dürfte es auch hier wie bei Brahmann zur Sekretstauung mit ihren Erfolgeerscheinungen kommen. Von großer Bedeutung ist die Behandlung mit Röntgenstrahlen, vor allem in Verbindung mit dem einen oder anderen operativen Verfahren, da durch die Bestrahlung die Sekretionstätigkeit der Drüse herabgesetzt wird, die Wundheilung also durch Speichelfluß nicht gestört und unter Einwirkung der Strahlen wesentlich beschleunigt wird. Es werden zarte und doch feste Narben erzielt und bei sekundärer Heilung die Granulation und Epithelisation angeregt. Vielleicht dürfte es sogar möglich sein, durch starke Bestrahlung die Drüse zur Verödung zu bringen.